

く 政 第 439 号
平成 29 年 9 月 22 日

公益社団法人富山県医師会会長 殿

富山県厚生部長
(公印省略)

麻薬取扱者（施用者・管理者）免許申請及び年間報告について（依頼）

日頃より、薬務行政の推進にご協力を賜り、厚く御礼申しあげます。

さて、本年も麻薬取扱者（施用者・管理者）免許申請及び年間報告（平成 28 年 10 月 1 日から平成 29 年 9 月 30 日まで）の提出に当たり、別紙写しのとおり、各郡市医師会会長宛てにとりまとめを依頼したところです。

つきましては、本通知の内容をご了知の上、貴会会員に対する周知に格段のご配慮をいただきたくお願い申しあげます。

なお、各郡市医師会会長宛てに申請書等様式（必要部数）を送付していることを申し添えます。

事務担当：〒930-8501 富山市新総曲輪 1-7
富山県厚生部くすり政策課企画・薬事係
TEL：076-444-3234
FAX：076-444-3498



免許申請等とりまとめ ご担当者様へ

昨年に引続いて麻薬取扱者免許申請及び年間報告の取りまとめに、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。申請書類等は、貴会で取りまとめの上、平成 29 年 11 月 2 日（木）までに当課宛てに送付願います。なお、とりまとめ作業に当たっては、次の事項についてもご配慮くださるようお願いいたします。

記

- 1 平成 29 年 12 月 31 日までに業務を廃止する予定の者については、その麻薬取扱者の氏名、施用者又は管理者の免許番号及び主たる業務所名を別添の参考様式にて、当課へご連絡ください。
- 2 別添の対象者名簿につきましては、その中に貴会会員外等で連絡ができない対象者や施設がある場合等は、当課から対象者へ直接案内を送付いたしますので、その方の氏名及び主たる業務所名を FAX 等にて、お知らせください。
また、対象者名簿中に誤りや変更点等がございましたら、その旨ご連絡をお願いいたします。
- 3 このたび送付させていただいた申請様式に過不足等がありましたら、適宜印刷のうえ、ご利用下さい。なお、当課にご連絡をいただければ、不足分を別途送付させていただきます。
- 4 平成 29 年 11 月 2 日（木）までに提出されなかった場合は、各施設から直接当課へ提出していただくことで差し支えありません。
- 5 有効期間が満了した麻薬取扱者（施用者・管理者）免許証については、当該免許証に「返納届」を添えて、平成 30 年 1 月 12 日（金）までに当課へ返納していただくよう、貴会会員への周知をお願いいたします。
- 6 免許申請や年間報告の外に、ご不明な点やお気づきの点があれば、「麻薬及び向精神薬取扱いの手引き」等を参照のうえ、当課まで必ずご確認ください。

問合せ先（免許事務担当）

富山県厚生部

くすり政策課企画・薬事係 池松

TEL 076-444-3234 FAX 076-444-3498

別紙 麻薬取扱者免許申請書及び年間報告の提出に当たっての留意事項

1 麻薬取扱者免許申請について

- (1) 申請書は、記載例を参照し、必ず記載もれ等がないよう確認すること。
- (2) 3,900円分の富山県収入証紙を、申請書に貼付すること。
(消印されていないこと)
- (3) 左上部の「免許番号」欄には、現在保有する麻薬取扱者免許証に記載されている番号を記載すること。
- (4) 申請書中段の「免許の番号」、「免許の年月日」欄には、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の中から該当するものを○で囲み、医師等の免許証に記載された登録番号及び登録年月日を記載すること。
- (5) 「申請者の欠格条項」欄には、該当がない場合には全ての欄に「なし」と記入すること。
- (6) 「氏名」には、必ずふりがなを付すこと。
- (7) 印は、免許申請者の認印を用いること。
- (8) 診断書の内容に、不備や記載漏れがないか確認すること。
※診断書に訂正箇所がある場合は診断医に訂正印を押印してもらい、訂正されたものを提出すること。診断医以外の者が訂正した診断書は受付できません。
- (9) 麻薬取扱者の捨印を押す場合は、申請書の右上部に押すこと。
- (10) 年末で業務廃止する際は、あらかじめリストを提出すること。
- (11) 年末で業務廃止する際は「所有麻薬届」、在庫がある場合はそれに加えて「麻薬廃棄届」や「麻薬譲渡届」の届出が必要なので注意すること。

2 麻薬取扱者年間報告について

- (1) 年間報告は、記載例を参照し、必ず記載もれ等がないよう確認すること。
 - ア 平成28年10月1日現在における期始所有数量が、前年に報告した平成28年9月30日現在における期末所有数量と一致すること。
 - イ 期始在庫と譲受数量の和は、払出数量と期末在庫の和に等しいこと。
- (2) 麻薬帳簿の記載内容を確認のうえ、必ず麻薬保管庫内の在庫現品、麻薬譲渡証などを確認し、正確に記載すること。
- (3) 年間報告の対象期間（平成28年10月1日から平成29年9月30日まで）に麻薬を所有していない麻薬業務所については、「品名」欄に「所有なし」と記載すること。

3 一般的な諸注意について

- ※ 主たる麻薬業務所のほか、従たる麻薬診療施設がある麻薬施用者にあつては、免許申請に当たって従たる施設との連絡を密に行うこと。
- ※ 麻薬施用者が2名以上いる麻薬診療施設の開設者は、必ず麻薬管理者を設置し、麻薬の適正な管理にあたらせること。
- ※ 麻薬取扱者免許証の記載事項に変更が生じた場合には、変更のあった日から15日以内に、「記載事項変更届」に免許証を添えて届出ること。
- ※ 有効期限が満了した免許証は、「返納届」に免許証を添え、15日以内に（満了した翌年の1月15日まで）返納すること。
- ※ 麻薬等の取扱いに不明点が生じた場合には「麻薬及び向精神薬取扱いの手引き」（くすり政策課発行）等を参照し、必ず事前に確認すること。
- ※ 新たな麻薬施用者免許を取得後は、麻薬処方せんに記載する麻薬施用者免許証番号の更新を行うこと。

富山県収入証紙貼付欄
(3,900円分)

記載例 (麻薬施用者)

麻薬施用者免許申請書

麻薬施用者免許を受けている者が、現在の免許の有効期間満了後に継続して免許を受けるため、あらかじめ免許申請する場合は、現免許の免許番号を記載

免許番号					
麻薬業務所	所在地	〇〇市△△町◎丁目×番□号			
	名称	□□病院			
麻薬施用者にあつては、従として診療に従事する麻薬診療施設	所在地	}	複数の麻薬診療施設で麻薬を施用する場合に、上部に記載した診療施設以外の診療施設を記載してください。		
	名称				
免許の番号		医師 第999999号	歯科医師	獣医師	免許の年月日 昭和〇〇年△月××日
申請者の欠格条項	(1)法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	なし	}	医師免許等の登録番号	登録年月日
	(2)罰金以上の刑に処せられたこと。	なし			
	(3)医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	なし		該当がない場合は「なし」と記入してください。	
	(4)後見開始の審判を受けていること。	なし			
備考					
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 平成29年10月31日		住所		〇〇市□□町△丁目●番×号	
提出日を記入してください。		ふりがな	とやま	いちろう	
		氏名	富山	一郎	印
		連絡先：123-4567		申請者の認印	
富山県知事 石井 隆一 殿					

- (注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 免許の番号の欄には、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
 3 欠格条項(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罰、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄にあつては「ある」を記載すること。

富山県収入証紙貼付欄
(3,900円分)

記載例 (麻薬管理者)

麻薬管理者免許申請書

麻薬管理者免許を受けている者が、現在の免許の有効期間満了後に継続して免許を受けるため、あらかじめ免許申請する場合は、現免許の免許番号を記載

免許番号				
麻薬業務所	所在地	〇〇市△△町◎丁目×番□号		
	名称	□□病院		
麻薬施用者にあつては、 従として診療に従事する 麻薬診療施設	所在地			
	名称			
免許の番号		医師 歯科医師 獣医師 薬剤師 第999999号	免許の 年月日	昭和〇〇年△月××日
申請者の 欠格条 項	(1)法第51条第1項の規定により 免許を取り消されたこと。	なし	医師免許等の登録番号 登録年月日	
	(2)罰金以上の刑に処せられた こと。	なし	該当がない場合は「なし」と記 入してください。	
	(3)医事又は薬事に関する法令 又はこれに基づく処分に違 反したこと。	なし		
	(4)後見開始の審判を受けてい ること。	なし		
備考	診断書は「麻薬施用者免許申請書 (H29.10.31 申請)」に添付。			
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 平成29年10月31日		7A-トマソン名称、部屋番号まで正確に記載		
提出日を記入してください。		住所	〇〇市□□町△丁目●番×号	
		ふりがな 氏名	とやま じろう 富山 次郎 (印)	
富山県知事 石井 隆一 殿		連絡先	123-4567	
		申請者の認印		

(注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 免許の番号の欄には、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。

3 欠格条項(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罰、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄にあつては「ある」を記載すること。

年間報告記載上の留意事項について

麻薬管理者（麻薬施用者）届（平成29年分）

平成 年 月 日

富山県知事 石井 隆一 殿

免許証記載の番号を確認し
記入すること。

所在地

提出の日付を記載
すること。

免許証番号 第 _____ 号

麻薬業務所

名称

麻薬業務の種類 麻薬管理者 又は 麻薬施用者

住所

麻薬管理者又は施用者
の認印を押印すること。

氏名

印

該当する方を記載すること。

期始在庫数量は、前年提出した年間報告の
期末在庫数量（前年の9月30日現在）と
一致すること。

麻薬卸売業者から、平成28年10月1日
から29年9月30日までの間に、購入し
た数量を記入すること。

麻薬処方せんに基づいて、患者に
施用又は施用のため交付した麻
薬の数量を記入すること。

29年9月30日現在の所有数量を記入するこ
と。散（水）剤については、9月30日現在
の残高を秤量し、記入すること。

品名	期始在庫			受入				払出				期末在庫			備考
	包装 単位	個数	総数量	卸		その他	総数量	施用・交付		その他	総数量	包装 単位	個数	総数量	
				包装 単位	個数			包装 単位	個数						
モルヒネ塩酸塩注10mg	10A	2	20A	10A	1	10A	5A	10A	2	17A	廃 事 2A	10A	1	6A	麻薬廃棄届 ○月×日届出 麻薬事故届 ○月×日届出
コデインリン酸塩（原末）	25g	1	25g					予製			10g	25g	1	15g	
コデインリン酸塩10%散							100g			50g				50g	
フェントステープ2mg	7枚	3	18枚	7枚	2	14枚		7枚	5	30枚		7枚	1	2枚	
オキシコンチン錠10mg	100T	1	100T	100T	3	300T	50T	100T	4	400T		100T	1	50T	
アヘンチンキ	25mL	2	30.2mL	25mL	5	125mL		25mL	6	145mL		25mL	1	9.8mL	理論量10.2mL

・規格が2種類以上あるものについては、品名の他に規格単位（mg・%等）も正確に記入すること。
・また、予製剤については、別品目として記入すること。

「受入・その他」の欄には、
・法人化又は移転等により、業務廃止した麻薬診療施設から麻薬を譲受した場合
・原末等から予製した場合
・患者等から返納された調剤済麻薬を再使用のため受入れた場合にその数量を記載します。

「払出・その他」の欄には、次の数量を記載すること。
・「麻薬廃棄届」により県職員の立会い下で廃棄した麻薬「廃」の文字の後に廃棄した数量を記載すること。
・破損等の事故があり、「麻薬事故届」により届出た麻薬「事」の文字の後に事故があった数量を記載すること。
・予製のために払出した麻薬

自然減量等により秤量誤差を補正した場合には、補正前の量を「理論量 ○○mL(g)」等と記載すること。
(補正前の量)
=(期始在庫量)+(受入量)-(払出量)

報告対象期間：平成28年10月1日～平成29年9月30日までの間
※ 当該期間内に所有する麻薬がない場合には、品名欄に「所有なし」と記載してください

・調剤済麻薬廃棄届により廃棄した麻薬の数量は、記入不要です。

富 山 県 収 入 証 紙 貼 付 欄

※ 該当事項に○をつけてください。

麻薬施用者免許申請書

当該業務所に施用者はこの申請者以外に
a いる b いない

現在麻薬管理者は
a いる b いない c 申請中

免許 番号					
麻 薬 業 務 所	所 在 地				
	名 称				
麻薬施用者にあつては、 従として診療に従事する 麻薬診療施設	所 在 地				
	名 称				
免 許 の 番 号	医 師 第	歯 科 医 師	獣 医 師 号	免許の 年月日	年 月 日
申 請 者 の 欠 格 条 項	(1)法第 51 条第 1 項の規定により 免許を取り消されたこと。				
	(2)罰金以上の刑に処せられた こと。				
	(3)医事又は薬事に関する法令 又はこれに基づく処分に違 反したこと。				
	(4)後見開始の審判を受けてい ること。				
備 考					
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。					
年 月 日					
住 所					
ふりがな					
氏 名					
連絡先：					
富山県知事 殿					

- (注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
 2 免許の番号の欄には、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
 3 欠格条項(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罰、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄にあつては「ある」を記載すること。

麻薬管理者免許申請書

免許 番号					
麻 薬 業 務 所	所 在 地				
	名 称				
麻薬施用者にあつては、 従として診療に従事する 麻薬診療施設	所 在 地				
	名 称				
免 許 の 番 号	医師 歯科医師 獣医師 薬剤師 第 号	免許の 年月日	年	月	日
申 請 者 の 欠 格 条 項	(1)法第 51 条第 1 項の規定により 免許を取り消されたこと。				
	(2)罰金以上の刑に処せられた こと。				
	(3)医事又は薬事に関する法令 又はこれに基づく処分に違 反したこと。				
	(4)後見開始の審判を受けてい ること。				
備 考					
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。					
年 月 日					
住 所					
ふりがな					
氏 名					
連絡先：					
富山県知事 殿					

- (注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 免許の番号の欄には、医師、歯科医師、獣医師又は薬剤師の免許の登録番号を記載すること。
- 3 欠格条項(1)欄から(4)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)欄にあつてはその罰、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあつてはその違反の事実及び年月日を、(4)欄にあつては「ある」を記載すること。

